

TRATAMIENTO DE ALGUNOS CASOS DE LITIASIS URETRAL

Por los Dres. NAHUM GOREN y JULIO BIALET TIZEIRA

Nuestro propósito es comentar brevemente algunos de los casos de litiasis uretral, sacados del archivo de la Cátedra de Clínica Génito-Urinaría.

Queremos ocuparnos exclusivamente de las distintas indicaciones terapéuticas de acuerdo a la localización del cálculo en las distintas porciones del trayecto uretral.

Caso N° 1. - (Historia Clínica N° 2039). P. V., argentino, de 48 años de edad. Tres días antes de su ingreso a nuestro Servicio nota que pierde orina involuntariamente, gota a gota, tanto en reposo como en actividad. Dos días después, interrupción de la micción sin poder reanudarla y desde entonces, retención aguda completa de orina. No mencionaba ningún antecedente doloroso lumbar.

A su ingreso la uretra estaba libre en su porción anterior y el explorador a bola N° 18 era detenido en la uretra posterior. El beniqué tropezaba a esa altura con un obstáculo duro, que no era posible rechazar hacia vejiga.

Por el tacto rectal se apreciaba una concreción dura, al nivel en que eran detenidos los catéteres en uretra.

El globo vesical llegaba hasta el ombligo.

La radiografía panorámica simple (Fig. N° 1) revelaba la existencia de una imagen radio opaca, única, del tamaño y forma de una aceituna mediana situada en la línea media, algo lateralizada, en contacto con el borde inferior de la sínfisis del pubis.

Una uretroneumografía de perfil (Fig. N° 2) ponía de manifiesto que la precitada imagen radio-opaca se encontraba en la luz uretral por detrás del pubis, es decir, en uretra posterior.

La pielografía endovenosa mostraba un aparato urinario superior normal en forma y función.

En la orina no había pus y el dosaje de urea en sangre llegaba a 1.35 grs. por mil.

Tratamiento. --- Con raquianestesia se efectuó una cistostomía evacuándose una gran cantidad de orina. No se observaban alteraciones en cuello. Con un beniqué N° 52 fué rechazado el cálculo hacia vejiga de donde fué extraído.

El análisis químico del cálculo reveló ser de oxalato de calcio.

Caso N° 2 (Historia Clínica N° 1612). --- P. O., argentino de 2 años de edad. Tres meses antes de llegar a nuestro Servicio, el pequeño, tras unos días de intensas manifestaciones disúricas, presentó un cuadro de retención aguda completa de orina, que terminó con la extracción instrumental, de su uretra anterior, de un cálculo del tamaño de una semilla de uva. Dos meses y medio después se repitió con mayor intensidad su cuadro disúrico, ahora con orinas sanguinolentas y el día antes de su ingreso, el enfermito a pesar de sus esfuerzos y sufrimientos, ya no pudo emitir ni una sola gota de orina.

El cateterismo uretral resultaba imposible por un obstáculo que se localizaba en uretra posterior.

El tacto rectal revelaba la existencia de una concreción dura en uretra posterior del tamaño un poco mayor que un grano de maíz.

El globo vesical sobrepasaba la altura del ombligo.



Figura 1



Figura 2

La radiografía panorámica simple (Fig. Nº 3) demostraba la existencia de una sombra medianamente radio-opaca redondeada, del tamaño de un garbanzo, chico, situada unos dos centímetros por debajo del borde inferior de la sínfisis del pubis en la línea media.



Figura 3



Figura 4

La uretroneumografía de perfil (Fig. Nº 4), confirmó que dicha sombra se encontraba en el trayecto de la uretra posterior.

Tratamiento. — Con anestesia general con éter se efectuó una uretrotomía externa por vía perineal, extrayéndose el cálculo. Se drenó vejiga con sonda Nélaton Nº 10 al día siguiente de la intervención se retiró la sonda uretral y seis días después el enfermo fué dado de alta curado.

La urografía de excreción practicada antes del alta no reveló imágenes radio-opacas ni alteraciones morfológicas ni funcionales en su aparato urinario superior.

Caso N° 3 (Historia Clínica N° 1992). — R. B. de 48 años de edad. A los 40 años de edad, expulsó espontáneamente por uretra, un cálculo del tamaño de un carozo de aceituna.

Desde un mes y medio antes de su ingreso al Servicio, padecía molestias dolorosas en hipogastrio y disuria. En el día anterior, sufrió una retención aguda completa de orina.

El explorador a bola de Guyón, revelaba en la uretra posterior, la existencia de un cuerpo extraño con las características de un cálculo que también se palpaba por periné.

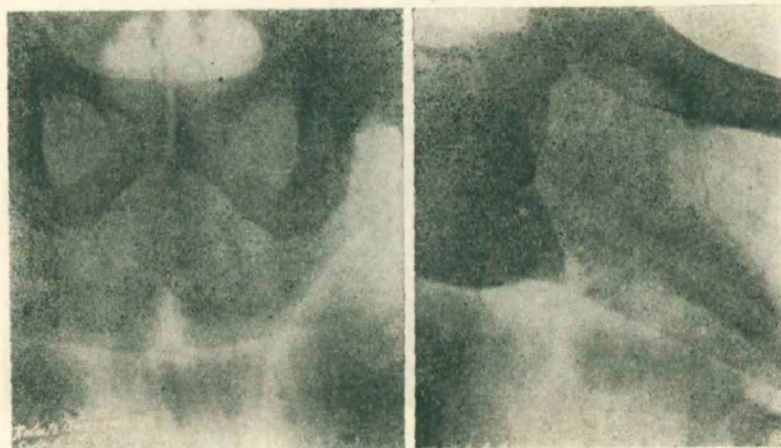


Figura 5

Figura 6

La radiografía panorámica directa (Fig. N° 5) nos mostró una imagen radioopaca del tamaño de un carozo de aceituna, situada en la línea media, por debajo y en contacto de la sínfisis del pubis.

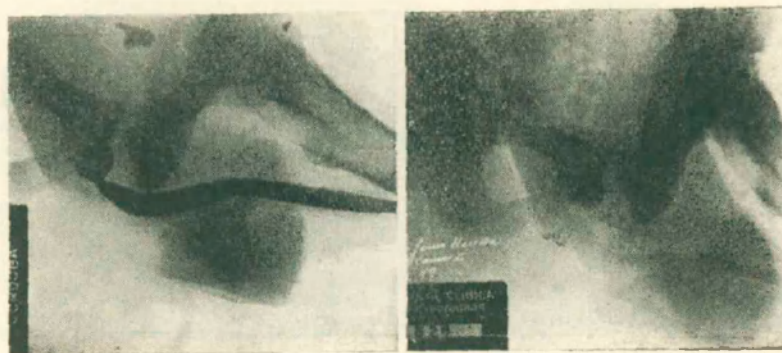


Figura 7

Figura 8

Tratamiento. — Se intentó retrotraer el cálculo a vejiga con beniqué N° 60, pero el instrumento pasaba sin dificultad, rozando el cálculo, que no se movilizaba.

Se colocó sonda bequille a permanencia. Antibióticos y antiespasmódicos.

A las 48 horas se retiró la sonda y el enfermo eliminó espontáneamente, el cálculo que según el examen químico era de fosfato tricálcico.

Caso N° 4 (Historia Clínica N° 1610). — V. H., argentino de 17 años de edad quien a los diez años sufrió una retención aguda completa de orina, siendo cateterizado con dificultad.

La madre del enfermo manifiesta que estos episodios de retención completa se repitieron con posterioridad en varias oportunidades. Siempre sus micciones fueron difíciles, con disminución del calibre del chorro.

La exploración de la uretra con un explorador a bola N° 8, puso de manifiesto la existencia de un obstáculo que no era posible franquear, a nivel de uretra bulbar. La radiografía directa y pielografía endovenosa no presentaba alteraciones de ningún tipo en el aparato urinario superior y vejiga.

La uretrografía con lipiodol (Fig. N° 7), presentaba una uretra anterior libre hasta llegar al bulbo, donde existía una estrechez única, bastante cerrada, por detrás de la cual el lipiodol rodeaba un cuerpo extraño de menor opacidad que aquél. La sustancia de contraste rellenaba completamente la uretra posterior y llegaba a vejiga.

La uretroneumografía (Fig. N° 8), confirmó los datos anteriores y aseguró la existencia de un gran cálculo redondeado, situado en la dilatación supraestructural.

Tratamiento. — Bajo anestesia con gases se efectuó una uretrotomía externa y se extirpó el cálculo. Se pasó una sonda Nelaton N° 16 que se dejó a permanencia.

El cálculo era, según el análisis químico de fosfato de calcio.



Figura 9



Figura 10

Caso N° 5 (Historia Clínica N° 675). — A. M., argentino de 60 años. Desde tres meses antes de su ingreso al Servicio, sufría de polaquiuria diurna y nocturna y disuria total. el chorro miccional era fino y entrecortado. En sus antecedentes, refiere que padeció de bienorragia. Se le efectuó una uretrotomía externa para extraerle el cálculo enclavado.

El examen de su uretra reveló una permeabilidad al explorador N° 9 que se detenía en el bulbo.

El resto del examen del aparato génito-urinario no demostró nada de anormal.

La radiografía directa (Fig. 9), nos enseñó la existencia de un cálculo del tamaño de un garbanzo grande en la línea media a unos dos centímetros por debajo de la sínfisis del pubis.

Los análisis de laboratorio comprobaron una orina alcalina y en el sedimento cristales de fosfatos amónicos magnésicos y fosfatos térreos, hematies, pus y gérmenes.

Tratamiento. — Con anestesia raquídea se practicó una uretrotomía externa, sobre el rafe medio anoescrotal, se extrajo el cálculo y se seccionó sobre un estilete la estrechez uretral. Se dejó una sonda N° 18 a permanencia.

El enfermo fué dado de alta en excelentes condiciones con su uretra calibrada.

Caso N° 6 (Historia Clínica N° 1177). — G. F., argentino de 42 años de edad. Dos años antes de su ingreso sufrió una retención aguda completa de orina, cuadro que se resolvió con el cateterismo.

Al mismo tiempo el enfermo notó a nivel del ángulo penoescrotal, una concreción calcúlosa, que le dificultaba la micción.

En estas condiciones ingresó al Servicio.

En sus antecedentes refiere haber padecido una blenorragia a los 20 años de edad, que fué sometida a tratamiento médico. A los 25 años se manifiesta nuevamente la enfermedad, pero no fué tratada.

El examen de uretra con el explorador a bola N^o 14, nos reveló estrechese múltiples en su porción anterior. A la altura del ángulo penoescrotal, se palpaba una concreción del tamaño de un poroto chico.

Las reacciones de Wasserman y de Kahn eran positivas.

En la radiografía directa (Fig. N^o 10), se observa una imagen radio-opaca, del tamaño de un poroto chico, situado en la línea media a unos cuatro centímetros por debajo de la sínfisis del pubis.

Tratamiento. — Se efectuó una dilatación con una sonda cónico-olivar N^o 14, a permanencia.

A los diez días de iniciado el tratamiento el enfermo expulsó espontáneamente el cálculo que según el examen químico era de fosfato tricálcico.

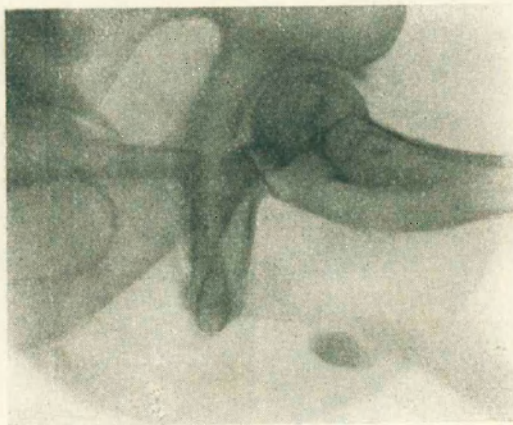


Figura 11

Caso N^o 7 (Historia Clínica N^o 1857). — P. P., argentino de 52 años de edad, quien a los 18 años de edad padeció de una blenorragia que curó sin complicaciones inmediatas.

Unos diez días antes de ingresar al Servicio sufrió dolores lumbares sordos, sobre todo más intensos del lado derecho, pero sin que llegaran a adquirir la intensidad del cólico nefrítico. En una oportunidad tuvo hematuria, pero no supo precisar las circunstancias ni caracteres. Cuarenta y ocho horas antes de su ingreso sufrió una retención aguda completa de orina, tratada, por ser imposible el cateterismo con punciones suprapúbicas de vejiga.

La uretra estaba libre hasta la porción escrotal desde donde era imposible el cateterismo, aún con bujías filiformes. A ese nivel el catéter daba la sensación de chocar con un obstáculo, con el característico frote que proporcionan los cálculos. Por la palpación externa, a esa altura se descubría un cuerpo extraño, duro, del tamaño de una almendra, no movilizable. Había un globo vesical que llegaba hasta el ombligo.

En la uretroneumografía de perfil (Fig. N^o 11), se ve en uretra anterior, al parecer por detrás de una estrechez amplia, una sombra opaca a los rayos, ovalada, rodeada en todo su contorno por el aire inyectado en la uretra.

La radiografía directa total del aparato urinario no reveló ninguna sombra radio-opaca.

La pielografía endovenosa nos mostró un árbol urinario superior derecho, moderadamente dilatado y ectásico.

Tratamiento. — El día de su ingreso se le efectuó una cistostomía de urgencia con anestesia local.

Como posteriormente el cálculo permanecía fijo siendo imposible movilizarlo, unos 15 días después se le practicó también con anestesia local, una uretrotomía externa, extrayéndosele el cálculo.

Caso N° 8 (Ficha N° 2016 de Consultorio Externo). — Se trata de J. M., español de 56 años de edad, quien 15 días antes de su consulta sufrió un cólico nefrítico izquierdo. Diez días después polaquiuria y disuria intensas y desde el día antes estaba en retención completa aguda de orina.

Al examen externo se comprobó la existencia de un cálculo enclavado en fosa navicular.

Tratamiento. — Con una pinza para cuerpos extraños, fué extraído el cálculo, que resultó ser de urato de soda.

El estudio radiográfico posterior de este enfermo, reveló un pielograma normal, y se comprobó una diátesis úrica muy difícil de controlar, a tal punto que con posterioridad, a pesar del tratamiento médico y la medicación instituida el enfermo eliminó espontáneamente y se le extrajeron de uretra cinco nuevas concreciones calculosas.

COMENTARIOS

El tratamiento de la litiasis uretral depende de la localización, tamaño y movilidad del cálculo y del estado de la uretra.

- A) Cálculo de la uretra posterior: 1) si se trata de un cálculo móvil, es preciso procurar, con el auxilio de una sonda Bequille o Beniqué curvo, su caída en vejiga. Luego se practicará una litotricia o se recurrirá a la cistostomía para su extracción.
- 2) Si no fuese posible rechazar el cálculo a vejiga puede intentarse su expulsión espontáneamente, dejando una sonda a permanencia.
- 3) Si se trata de un cálculo fijo se intentará su extracción bajo el control uretroscópico, si ello no es posible se recurrirá a la talla perineal o la talla hipogástrica para intentar, con resultado algunas veces, extraer el cálculo a través del cuello.
- B) Cálculos de uretra anterior:
- 1) El conducto es normal y no presenta ninguna estrechez por delante del cálculo: debe intentarse su extracción mediante presiones suaves de atrás hacia adelante. Si el cálculo no progresa se tratará de extraerlo con una pinza de cuerpos extraños. Si las maniobras que anteceden no dieran resultado, se recurrirá a la uretrotomía externa.
- 2) La uretra está estrechada por delante del cálculo: Si la estrechez y el cálculo lo permiten, se procederá a restablecer el calibre del conducto mediante la dilatación gradual y progresiva o la uretrotomía interna, excepcionalmente. De no ser ello posible, se recurrirá a la uretrotomía externa.

RESUMEN

Se presentan ocho casos de litiasis uretral.

Primer caso: Litiasis de uretra posterior, tratada con cistostomía y rechazo del cálculo hacia vejiga con un beniqué, de donde es extraído.

Segundo caso: Litiasis de uretra posterior, tratada con uretrotomía externa por perineotomía.

Tercer caso: Litiasis de uretra posterior, tratada con sonda a permanencia y antiespasmódicos, expulsándose espontáneamente el cálculo.

Cuarto caso: Litiasis uretra bulbar, tratada con uretrotomía externa.

Quinto caso: Litiasis de uretra bulbar, con estrechez, tratada con uretrotomía externa y sección de la estrechez.

Sexto caso: Litiasis en el ángulo penoescrotal y estrecheces múltiples de uretra anterior. Tratada con dilatación.

Séptimo caso: Litiasis de uretra peneana, tratada con uretrotomía externa.

Octavo caso: Litiasis de uretra balánica, tratada con extracción instrumental.

En esta forma hemos pasado revista a algunos de los problemas terapéuticos que plantea la litiasis uretral y a las soluciones que a ellos hemos dado.